

佐賀県知事 様

麻 薬 年 間 届

麻薬業務所所在地 佐賀市城内 1-x-x
麻薬業務所名称 医療法人佐賀会 県庁病院
免許の種類 麻薬管理者
免許番号 第XXXXXX号
氏名(法人にあつては、名称) 佐賀 花子

同じ品名のものでも剤型や含有量が異なれば、別品目として記載すること。

錠、A、個 等、麻薬の数量単位を記載すること。

麻薬及び向精神薬取締法第47条、第48条又は第49条の規定により、次のとおり届け出ます。

品 名	単 位	前 10 月 在 庫 数	前年10月1日から本年9月30日までの		本 9 月 30 日 在 庫 数	年 日 量	備 考
			受 入 数 量	払 出 数 量			
デュロテップMTパッチ4. 2mg	枚	3	14	14	3		
デュロテップMTパッチ8. 4mg	枚	3	14	14	3		
オキシコンチン 20mg 例	錠	24	200	168	76		〇〇年〇〇月〇〇日麻薬廃棄届により24錠廃棄
オキシコンチン 20mg 例2	錠		(20)				
MSコンチン 10mg 例3	錠	0	50	0	50		〇〇年〇〇月〇〇日残余麻薬譲渡届によりxx から50錠譲受
アルチバ静注用2mg 例4	V	2	20	16	6		〇〇年〇〇月〇〇日 1 V麻薬事故届
ジヒドロコデインリン酸塩 例5	g	13. 4	0	0	13. 4		
							<例3. 麻薬譲渡許可の場合>
例1 期間中に麻薬廃棄届に基づく廃棄を行った場合は、備考にその旨を記載してください。 調剤済麻薬廃棄届により廃棄した数量は、記載する必要はありません。 例2 入院患者から譲り受け、再利用する場合の麻薬数量は（ ）書きで別掲としてください。 例3 残余麻薬譲渡届や麻薬譲渡許可に基づく譲受、譲渡を行った場合、その旨を備考に記載してください。 例4 麻薬事故届を行っている場合は、備考欄にその旨を記載してください。 例5 所有はしていたが、1年間受け入れや払い出しがなかった麻薬も報告してください。 余白は、斜線を引いてください。							〇〇年〇〇月〇〇日麻薬譲渡許可によりXXに50錠譲渡

備考 この様式は、九州各県（沖縄県を除く。以下同じ。）の共通様式ですので、宛先を書き換えていただければ、九州各県で使用できます。

佐賀県知事 様

麻 薬 年 間 届

麻薬業務所所在地 佐賀市城内 1-×-×
麻薬業務所名称 医療法人佐賀会 県庁病院
免許の種類 麻薬管理者
免許番号 第XXXXXX号
氏名(法人にあつては、名称) 佐賀 花子

麻薬及び向精神薬取締法第47条、第48条又は第49条の規定により、次のとおり届け出ます。

品 名	単 位	前	年	前年10月1日から本年9月30日までの		本	年	備 考
		10	月	1	日	9	月	
		在	庫	数	量	受 入 数 量	払 出 数 量	在 庫 数 量
実績なし								

期間中に麻薬を全く所有、使用しなかった場合も、その旨を報告すること。

備考 この様式は、九州各県（沖縄県を除く。以下同じ。）の共通様式ですので、宛先を書き換えていただければ、九州各県で使用できます。